



Public Health

Immunization Program

Permiso del padre/tutor para que otra persona adulta lo acompañe y dé consentimiento para la inmunización de un menor

Yo _____,
nombre del padre/tutor legal – en letra de molde

el padre o tutor legal de _____,
nombre del niño o adolescente – en letra de molde

doy mi permiso para que _____
nombre del adulto acompañante – en letra de molde

dé su consentimiento para la vacunación del niño mencionado anteriormente.

firma del padre/tutor legal

teléfono

fecha

Boulder • 3450 Broadway • Boulder, Colorado 80304 • 303.441.1100

Longmont • 515 Coffman Street, Suite 200 • Longmont, Colorado 80501 • 303.678.6166

Lafayette • 1735 S. Public Road • Lafayette, Colorado 80026 • 720.564.2706

www.BoulderCountyHealth.org

